

## 外来に勤務する中堅看護師へのキャリア開発支援を考える

### 芳賀赤十字病院 看護部 外来

○小幡 実佐子、上野 礼子、藤井 美子

A病院外来は看護師26名が配置され、うち13名はパートタイマー、常勤嘱託、育児短時間制度利用者と雇用形態は様々である。新人看護職員の配置はなく、すべてが経験年数5～30年以上の中堅看護師となっている。A病院では看護職員に対し、赤十字キャリア開発ラダーを取り入れ個々のワークライフバランスに合わせ教育を支援している。しかし、正規職員であっても、育児と仕事の両立で精一杯で教育に参加するのが困難であるなど教育への参加が難しい現状がある。また、外来は18部門に分かれているため、お互いの看護実践が見えにくく、昼食や帰宅時間もばらばらでコミュニケーションが取りづらいなどの問題がある。そこでA病院外来では、H26年度より朝のミーティング時にミニナラティブを実施している。そこで語られる内容は、患者・家族とのかかわりで得た学びや喜び、自分自身や家族について、各外来での体系的な問題や倫理的な問題、他職種との関わりなどと多種多様であった。自身の看護を語ることや、他者の語りを聴いたり意見交換することで新たな気づきを得たり、問題を共有し対応について多方向からのアプローチ方法を考えることができた。今回、ミニナラティブを取り入れたことで、外来に勤務する中堅看護師のキャリア開発支援を考えるうえでの現状と課題について示唆を得たので報告する。

## P-4B-158

### 看護管理者ラダーワークショップの成果

#### 松山赤十字病院 看護部

○山下 弘子、酒井 富美、矢野 明子、亀岡 涼子、長谷部 徳恵

【はじめに】A病院では、平成22年に看護管理者ラダーを導入したが申請が進まない現状があり、その要因を調査した結果「ナラティブの意義が分からない」「管理実践をナラティブで表現することが難しい」等の意見があった。そこで、看護管理実践をナラティブで表現することの意義を共有するためにワークショップ（以下WS）を開催し、成果を得たので報告する。

【WSの方法】対象：A病院看護師長、係長36名主夫点：1）事例検討は、本人の了解のもと実際の事例を用い、追記前の事例とインタビューを行いナラティブで追記した事例を比較検討する方法をとった。2）看護管理者ラダー推進メンバーがファシリテーターとなるよう検討を重ね、グループワークの場づくりを行った。評価：参加者の発言およびアンケート結果。

【倫理的配慮】事例提供やアンケート調査にあたり、趣旨、匿名性保証について説明・明記し、同意を得た。

【結果・考察】1 実際の事例を用いたことで「私たちの看護管理実践」を身近に感じることができ、興味を引くことができた。2 追記前の事例とナラティブで追記した事例を比較検討することで「これが同じ実践？」「同じ事例でもナラティブにすると実践がみえやすい」と実感でき、ナラティブで表現することの意義を確認できた。3 ファシリテーターは事前に検討を重ねることで、ナラティブについての理解を深め、役割を確認できた。4 アンケート結果では「ナラティブを書いてみようと思うか」の問いに、とても思う6％、思う76％と前向きな姿勢がみられた。5 ナラティブで表現する意義が共有できれば、ナラティブの記述につながると考える。今後は「私たちの管理実践」について自由に対話を重ねられるリフレクションの場づくりや、申請支援のための仕組み、ファシリテーターの育成が重要である。

## P-4B-160

### 透析センター・病棟間の申し送り廃止に向けた取り組み

#### 武蔵野赤十字病院 看護部

○遠藤 敏行

【背景と目的】当院の透析センターでは入院中の透析患者全例で病棟看護師が患者を送迎し、口頭での申し送りを行っていた。それにより病棟看護師の透析センターへの移送と申し送りに時間を費やし、また透析治療を終えた患者に、看護師の到着と申し送りを待つ長い時間が発生していた。この現状を踏まえ病棟・透析センターの申し送りの必要性を検討し、申し送り廃止に向けた取り組みを行った。

【取り組みの実際】ランダムに申し送り時間を測定し個人が特定できないよう処理した調査では入室時・退室時を併せ平均7.6分（n＝26）であった。しかしその内容は病棟・透析センター双方の申し送りが電子カルテ記載で十分情報伝達できるものであった。そのため看護師業務として重要性の低い業務であると考え、申し送り廃止に向けた取り組みを行った。看護部間での申し送りを廃止するため、双方の情報伝達手段である電子カルテでの記録のルール化を行った。その項目として、病棟ではバイタルサイン、水分出入、食事摂取状況、排泄状況、継続すべきケアを患者が透析センターに到着するまでに電子カルテに記載し、透析センターではバイタルサイン、治療内容と実績、透析中の随伴症状、透析後体重を患者帰宅までに電子カルテに記載することをルールとした。透析センターでは入院患者担当看護師を増員配置し、一人当たりが受け持つ患者の絶対数を減少させた事と患者の入室時間の間隔を長くする事で情報収集の時間の確保を行った。また透析センターに在庫する頓用薬剤の種類を増加、紙おむつの常備を行い、病棟との物品の授受を最小限とした。

【課題】現在、ルールに沿った情報伝達を課題として取り組みを実施中である。申し送りが廃止となれば7.6分の業務削減、看護師による移送の必要がなくなることでも更なる業務削減が見込まれる。追って報告とする。

## 専門・認定看護師委員会主催による看護倫理研修の取り組みの報告

### 静岡赤十字病院 看護部

○原 弘子

【はじめに】当院では専門・認定看護師委員会にがん看護専門看護師1名、認定看護師は9分野12名が所属している。平成26年度の委員会の活動目標として、臨床の看護師の倫理的感性を高めるため、各専門分野による看護倫理についての研修を企画した。認定看護師は自施設の看護の質を上げるために活動している。今回の研修会が臨床との連携を強化していくひとつの機会になり、ナースの学びにも繋がったと評価できた。その研修の取り組みを報告する。

【方法】1回目は認知症看護認定看護師による講義形式の研修であった。日常的にスタッフステーションで過ごされる患者さんの事例からどこに倫理的な問題があり、どう対応するのが良いかと認定看護師の立場から講義した。2回目は感染管理認定看護師による感染した患者の個室管理についての内容で、講義とグループワークを併用した。委員会のメンバーはグループワークのファシリテーターとなった。

【結果】1回目は1時間の講義形式で74名が参加した。2回目はグループワークのため事前に参加者を募集し、30名がエントリーした。アンケートの結果、1回目は事例が普段の業務の中のものであったため、倫理的な視点が分かりやすかった、看護助手にも分かり易い内容であったとの反応であった。2回目のグループワークは、院内の他部署の感染管理の困難さを知ることが出来、又経験年数は関係なくグループ編成した為、様々な視点で学ぶことが出来たと評価された。

【考察】日常の事例から、倫理の原則に当て嵌める事や4分割をする事が目的でなく、患者の何が問題なのか、看護師のジレンマは無いのかを自由に話し合うことで、看護倫理について他者から気づかされ、又認定看護師も参加者から学び、又認定看護師同士が学びあいエンパワーすることが出来たと考える。

## P-4B-159

### 認知症看護認定看護師が組織横断的に活動した4年間の評価

#### 長浜赤十字病院 看護部

○赤井 信太郎

【はじめに】A病院では認知症看護認定看護師（以下「認知症看護CN」という）が2011～2014年度まで専従で活動を行った。その成果として、せん妄予防や転倒転落防止対策、口腔ケアラウンドがシステム化され定着した。しかし、認知症看護の質向上という大きな役割に対しての評価は難しい。そこで、認知症看護CNが看護師に関わった影響を知ることにより、自らの活動評価としたいと考え、質問紙による調査を行った。その結果、看護師へのよい影響が示唆されたので報告する。

【方法】1）調査目的：認知症看護CNの活動が、看護師の行動と思考に影響を与えたかを知る 2）調査期間：2014年3月12日～同年3月19日 3）調査対象者：A病院看護師432名 4）調査方法：無記名による自記式質問紙 5）倫理的配慮：調査用紙は回答をもって調査協力への承諾とし、個人を特定する項目を省いた。各病棟に設置した袋へ自由投函で回収。また、看護部倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】調査協力を得た看護師は、316人/432人中（回収率73％）であった。相談後の看護師の自信は、ついた60％、だいたいついた6％で計66％であった。考え方の変化は、変わった、少し変わった、で計97％であった。ケアの幅は、増えた58％、少し増えた42％であった。身につけたケアを他者に伝えたかは、ある59％、何時もある3％であった。さらに自由記述に「認知症高齢者の想いに視点を置く」「行動の背景を考える」「身体抑制について見直す機会が増え、意識が変わった」など看護の質の変化を示す記載が多かった。

【結論】1）認知症看護CNの活動は、看護師の認知症看護への思考と行動変化に効果があった。2）今後の課題は、認知症看護の質向上に良い影響を受けた看護師を活用することである。

## P-4B-161

### 「重症度、医療・看護必要度」評価の精度を上げる有効な方法の検討

#### 長野赤十字病院 B4病棟

○山口 洋子、竹花 加奈子

【はじめに】A病院の医療・看護必要度委員会では、必要度評価の精度を上げることが目的に勉強会、B項目記録の内容検証、必要度監査、必要度テスト（理解度テスト）を実施している。そこで平成26年度の取り組みを振り返り、今後更に精度を上げるための有効な方法の示唆を得る。

【方法】H26年度7月と10月に実施された必要度テスト結果と、11月に実施された定点監査の結果を病院全体と病棟ごとに比較。また精度を上げるために取り組んだ内容について、自由記述式質問紙を用いて病棟ごとに調査し、テスト結果の推移との関係性を分析した。

【倫理的配慮】質問紙調査においては研究に使用する旨とプライバシーの保護について文章で説明し、同意のもとに回答を得た。また結果の公表においては個人や病棟が特定されないように配慮した。

【結果】必要度テストの結果は、病院全体の平均（A項目B項目総合）は7月82％から10月86.9％に改善していた。また11月の定点監査の結果は平均93.9％（A項目平均97.7％・B項目平均90.1％）であった。10月のテストで平均が85％以上の病棟に共通していた取り組みは、スタッフへの個別指導であった。

【考察】総合的な必要度の知識を問うテストでは、正解率は80％台と低いが、定点監査における目部署の必要度は90％以上の精度があった。このことから専門分野における必要度の周知は浸透していると考えられる。また必要度の精度を上げるには、会議や掲示物での伝達より、個人への直接の働きかけ、1対1の個別指導がより有効である。

【課題】必要度テストを行なうことで、推測や思い込みがなくなり新しい情報を得て、正しい評価ができるようになる。今後も必要度についての取り組みを継続し、個人への直接的な働きかけを行いながら、更に精度の向上を図ることが重要である。